Deutscher Bundestag **Drucksache 18/12782**

18. Wahlperiode 20.06.2017

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Suizidprävention weiter stärken – Menschen in Lebenskrisen helfen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In Deutschland sind jährlich rund 10.000 Todesfälle auf einen vollendeten Suizid zurückzuführen. Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche etwa zehnmal so hoch liegt. Zwar haben sich diese Zahlen seit 2005 nicht maßgeblich verändert, dennoch haben die tatsächlich durchgeführten Suizide in Deutschland in den letzten 35 Jahren sukzessive abgenommen: Zu Beginn der 1980er Jahre lagen sie noch bei fast 19.000 und Anfang der 1990er Jahre bei rund 14.000 jährlich.

Trotz dieser guten Entwicklung seit den 1980er Jahren gilt: Jeder Suizidversuch und erst recht jeder Suizid ist einer zu viel. Weitere Anstrengungen zur Vermeidung von Suiziden und Suizidversuchen müssen unternommen werden, um betroffenen Menschen und deren Angehörigen frühzeitig Auswege in Form von Behandlung, Unterstützung - etwa durch die Vermittlung in eine Therapie- oder Selbsthilfegruppe - und Prävention anbieten zu können.

Ein großer Teil der Suizide und Suizidversuche basiert auf einer psychischen Belastung bzw. ist Ausdruck einer psychischen Krise oder einer psychischen Erkrankung, nur zu einem kleinen Teil Ergebnis eines souveränen Entscheidungsprozesses. Nach aktuellem Forschungsstand litten mehr als 90 Prozent aller durch Suizid Verstorbenen an einer psychischen Erkrankung und über 80 Prozent der Suizidenten sind bis zum Zeitpunkt ihres Todes bezüglich ihrer psychischen Krankheit nicht behandelt worden. Es gibt aber mindestens 100.000 Suizidversuche im Jahr, die mit dem Versorgungssystem in Kontakt kommen.

Bei Sicherstellung einer angemessenen Diagnose und Behandlung könnten die Zahlen weiter reduziert werden. Um Suizidalität entgegenzuwirken, benötigen Menschen in psychischen Krisen eine niedrigschwellige und schnelle Hilfe.

Eine zentrale Voraussetzung dafür ist ein suizidpräventives gesellschaftliches Klima, das psychische Belastungen und suizidale Tendenzen enttabuisiert, und in welchem einerseits die Betroffenen frühzeitig Hilfe suchen, andererseits das Umfeld von gefährdeten Zielgruppen für Krisen sensibilisiert wird. Dadurch kann

eine mögliche suizidale Gefährdung frühzeitig erkannt und helfend auf die Betroffenen zugegangen werden. Dies hängt ganz wesentlich von dem Bewusstsein und dem Verständnis in der Bevölkerung und dem vorurteilsfreien Umgang der Gesellschaft mit psychischen Erkrankungen ab. Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche und politikbereichsübergreifende Querschnittaufgabe, zu der die unterschiedlichsten staatlichen und nichtstaatlichen Akteure im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgabe mit unterschiedlichen Maßnahmen beitragen sollten.

Des Weiteren verdeutlichen die Zahlen aus dem Jahr 2014, dass im geschlechtsspezifischen Vergleich deutlich mehr Männer (74 Prozent) als Frauen (26 Prozent) Suizid begehen. Dies sind vor allem die Altersgruppen der 45- bis 60-Jährigen und 70- bis 80-Jährigen, bei denen ein Suizidversuch gehäuft vorkommt. Für viele Menschen stellt der Wechsel von der Erwerbsphase in den Ruhestand einen bedeutenden Lebensumbruch dar. Oft ist das Älterwerden mit der Frage verbunden, welche Rolle ein Mensch nach dem Berufsleben in einer Gesellschaft einnimmt, welche Anerkennung und welches Selbstwertgefühl damit verbunden sind. Hinzu kommen häufig Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. Die Gestaltung dieser Lebensphase mit entsprechender Teilhabe an der Gesellschaft ist von entscheidender Bedeutung für das seelische Wohlbefinden dieser Risikogruppen. Auch diese benötigen ein möglichst niedrigschwelliges Angebot.

In Deutschland leben mindestens 1,5 Millionen Kinder, deren Eltern an einer Psychose oder einer schweren Depression leiden oder alkohol- bzw. drogenabhängig sind, noch nicht eingeschlossen sind diejenigen Kinder deren Eltern an Angst-Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen leiden. Diese Kinder haben durch ihre familiäre Situation ein erhöhtes Risiko selbst psychische Störungen zu entwickeln.

In der Altersgruppe der 15 bis 29-Jährigen stellt der Suizid eine der häufigsten Todesursachen dar. Der Suizid steht an zweiter Stelle der Todesursachen junger Männer zwischen 18 und 25 Jahren. Nach Zahlen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention sind hier auch die höchsten Suizidversuchsraten festzustellen. Jugendliche und junge Erwachsene sehen sich mit einer schnell verändernden Welt konfrontiert, in der sie insbesondere beim Übergang von der Schule, Ausbildung bzw. Studium zum Erwerbsleben mit Identitätsfragen und neuen Anforderungen befasst sind. Ein weiteres ernstzunehmendes Problem stellt das Cybermobbing dar. Studien haben ergeben, dass jeder fünfte Jugendliche bereits Opfer anonymer Hetze im Internet war. In dieser sensiblen Phase benötigen Betroffene mit suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen Ansprechpersonen, die ihnen eine vertrauensvolle Gesprächsumgebung bieten können. Sinnvolle Ansätze sind vorbeugende Informations- und Aufklärungsprogramme für Jugendliche und junge Erwachsene sowie für Lehrende, Dozierende, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Dabei hat sich u.a. als vorteilhaft erwiesen, wenn Peer-Berater, die zuvor eine spezielle Schulung besucht haben, ergänzend Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit suizidalen Gedanken Hilfestellung anbieten, um die psychische Widerstandskraft zu stärken und einen positiven Bezug zum Leben zu vermitteln.

Aufgabe der Gesundheitspolitik ist insbesondere die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen medizinischen bzw. psychologischen Behandlung der Risikogruppen für Suizidalität und auch der Versorgung von Betroffenen. Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit haben einen hohen Stellenwert, um die psychische Resilienz der Menschen zu stärken. Sie dürfen jedoch nicht auf ein einzelnes politisches Ressort beschränkt werden, sondern müssen in der Politik

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

als ressortübergreifende Aufgabe verstanden und vorangetrieben werden. Gleichzeitig ist jedoch auch festzuhalten, dass der Wunsch zu sterben nicht in jedem Fall als Krankheitssymptom definiert werden darf.

Mit dem Beginn des Lebens haben viele Aspekte Einfluss auf psychische Krankheiten und die Resilienz eines Menschen, die neben gesundheitlichen Faktoren die Sozialisation, die Bildung, die Umwelt und die wirtschaftliche Situation betreffen. Für den Erfolg von Prävention, Behandlung und Rehabilitation sind weitreichende Maßnahmen erforderlich, die all diese Bereiche betreffen. Zudem muss ressortübergreifend die Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen weiter vorangetrieben werden. Zu einer umfassenden Bewusstseinsbildung in diesem Sinne hat die Bundesrepublik Deutschland sich im Jahr 2009 auch mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet (Artikel 8).

Eine fachgerechte Diagnose und Therapie von psychischen Erkrankungen und Suizidalität stellen aufgrund der Individualität einer jeden Erkrankung und ihrer nicht linear verlaufenden Phasen eine große Herausforderung für die Behandlung dar. Die Erforschung, die Konzipierung und die Umsetzung neuer Therapiemöglichkeiten haben in den vergangenen Jahren eine durchaus positive Entwicklung genommen.

Um die Diagnostik und Therapie weiter zu verbessern, initiierte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde im Jahr 2013 ein Projekt zur Erarbeitung einer S3-Leitlinie und verknüpfte dies mit dem Vorhaben der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) im Rahmen des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) eine Leitlinie zu erarbeiten, die als systematisch entwickelte Entscheidungshilfe bei der Behandlung unipolarer Depression behilflich sein soll.

Unter Mitwirkung von zahlreichen Fachgesellschaften und Verbänden wurde Ende 2015 die sogenannte S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ konsentiert. Sie richtet sich an alle Berufsgruppen, die sich mit der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patienten mit unipolaren Depressionen befassen sowie Betroffene und deren Angehörige, die Politik und die Öffentlichkeit. Auf Basis einer bestmöglichen Evidenz umfasst die Leitlinie 120 Schlüsselempfehlungen, die sich in einem eigenen Kapitel mit dem Management bei Suizidgefahr befassen, was neben der Diagnose und der Risikobewertung auch die Notfallintervention, das Krisenmanagement, die Therapieplanung inklusive der Pharmakotherapie und die Nachsorge umfasst.

Neben der Versorgung kommt der Arbeit in den oft durch das Ehrenamt getragenen Initiativen und Programmen eine hohe Bedeutung zu. Durch die Erarbeitung und die Umsetzung inhaltlicher Konzepte und Beratungsangebote, die meist rund um die Uhr erreichbar sind, wird ein niedrigschwelliger Zugang erleichtert.

Die Politik muss gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen, damit die Versorgung von psychisch kranken Menschen und die Suizidprävention weiter verbes-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sert werden können. In dieser Legislaturperiode wurden bereits wichtige gesetzliche Maßnahmen auf den Weg gebracht, die positive Auswirkungen auf die Suizidprävention haben werden:

- Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten, dass ist mit dem Beschluss des G-BA vom 16. Juni 2016 in wesentlichen Teilen erfolgt. Nach Prüfung des Beschlusses durch das BMG ist sie am 24. November 2016 vom G-BA erneut überarbeitet worden. Durch die Einrichtung spezieller „Psychotherapeutischer Sprechstunden“ erhalten die Betroffenen zukünftig raschen Erstzugang. Mit dem Gesetz wurde der G-BA zudem aufgerufen, seine bedarfsplanungsrechtlichen Vorgaben insbesondere im Hinblick auf eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung zu prüfen und anzupassen. Außerdem wurde mit dem GKV-VSG der G-BA beauftragt, eine Richtlinie für ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) für Depression vorzulegen. All dies wird auch zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung der Risikogruppen für suizidales Verhalten führen.

- Mit dem Präventionsgesetz (PrävG) werden Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen gestärkt. Bei der Aufgabenwahrnehmung werden nach § 20 SGB V spezifische Gesundheitsziele berücksichtigt. Um die Bedeutung der psychischen Gesundheit hervorzuheben, wurde das Ziel „depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ aufgenommen, das in seinen Teilzielen auch explizit die Prävention von Suizid aufgreift. Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollten neben der Krankheitsfrüherkennung auch individuelle Belastungen und psychosoziale Risikofaktoren erfassen. Bei Bedarf kann eine ärztliche Präventionsempfehlung ausgesprochen sowie gegebenenfalls eine schriftliche Präventionsempfehlung erteilt (§ 26 SGB V) werden. Auch Belastungen in der Arbeitswelt können zu psychischen Beeinträchtigungen, Erkrankungen ggf. auch mit suizidaler Gefährdung führen. Daher ist die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung, deren erklärtes Ziel auch die Förderung der psychischen Gesundheit ist, ein wesentlicher Bestandteil des Präventionsgesetzes. Überhaupt sind die im Präventionsgesetz verankerten und von der GKV zu fördernden Setting-Strukturen (Kita, Schule, Betrieb, Heim, Einrichtungen der Behindertenhilfe) geeignet, gefährdete Gruppen zu erkennen und einer adäquaten Hilfe zuzuführen. Auch die Stärkung der Selbsthilfe (nahezu eine Verdoppelung der Mittel) sollte zu weiteren Angeboten für Menschen in psychischen Krisen beitragen.

- Durch das Hospiz- und Palliativgesetz wurden die Rahmenbedingungen für die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen als einer besonderen Risikogruppe für Suizidalität deutlich verbessert. Wenn es gelingt, dass diese Menschen die bestmögliche Zuwendung, Versorgung, (auch palliative Versorgung), Pflege und Betreuung erhalten, kann auch dies ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung von Suiziden sein.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

II. Der Deutsche Bundestag begrüßt**,**

1. dass die Bundesregierung wichtige Maßnahmen und Projekte zur Verbesserung der Versorgung von Risikogruppen für suizidales Verhalten durchführt. Beispielsweise werden vom Bundesministerium für Gesundheit u.a. folgende Projekte gefördert:

   - Mit dem Vorhaben „Implementierung und Evaluation eines E-Mental-Health-Programms für Menschen mit leichtgradigen depressiven Störungen“ beispielsweise soll Betroffenen bereits bei Auftreten von depressiven Symptomen ein niedrigschwelliger Zugang zu Hilfen geboten werden. Dabei wird gegenwärtig ein evidenzbasiertes Programm zur Förderung des Selbstmanagements auf Basis moderner Informations- und Kommunikationstechnologie erprobt und evaluiert.

   - Mit dem Projekt „Versorgung depressiver alter Menschen in Deutschland: Spielräume, Barrieren und Chancen für eine optimale Behandlung – AgeMooDe+Synergie“ sollen unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie der beteiligten Akteure Handlungsanweisungen für eine optimierte Versorgung depressiver alter Menschen als einer der wichtigsten Risikogruppen für Suizidalität entwickelt werden.

   - Eine häufige Ursache für suizidales Verhalten älterer Menschen ist die Furcht vor einer Heimunterbringung und dem damit verbundenen Verlust an Autonomie. Mit dem Projekt „Implementation personenzentrierter Hilfen für psychisch kranke alte Menschen“ wurde in einer Modellregion erprobt, wie ambulante Hilfeleistungen vernetzt und speziell auf die Bedürfnisse alter Menschen abgestimmt werden können, sodass trotz komplexen Hilfebedarfs Heimunterbringungen vermieden werden können.

   - Auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS) wurde 2002 unter Mitwirkung des Bundesministeriums für Gesundheit ein „Nationales Suizidpräventionsprogramm“ initiiert. Mehrere Arbeitsgruppen mit verschiedenen Schwerpunkten arbeiten seither an der Entwicklung von Rahmenbedingungen und Handlungsempfehlungen für wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für eine bessere Primärprävention (allgemeine suizidpräventive Maßnahmen), sekundäre (Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen) und tertiäre Prävention (Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch). Dazu dienen auch die Förderung eines suizidpräventiven Gesellschaftsklimas sowie vielfältige Impulse für mehr Forschung in diesem Bereich. Die Handlungsempfehlungen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms zur Verbesserung der Suizidprävention müssen jedoch noch stärker berücksichtigt und umgesetzt werden;

2. dass auf Initiative der Fraktionen von CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN seit 2017 Mittel des Bundes für die Forschung sowie die Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zur Verfügung gestellt

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

werden;

3. die Einbringung des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) durch die Bundesregierung. Teil des Gesetzes ist die Vergabe eines gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung für stationäre Einrichtungen zu bestimmen, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen. Zudem soll durch den Einsatz von mobilen Behandlungsteams eine sektorenübergreifende, stationsäquivalente Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld gewährleistet werden;

4. dass die relevanten wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände, die für die Behandlung von psychischen Krankheiten und Suizidalität zuständig sind, ihr eigenes Handeln stets hinterfragen und die Behandlung von Betroffenen stetig verbessern und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen anpassen wollen. Dadurch wurde die neue S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ unter Mitwirkung zahlreicher Fachgesellschaften erarbeitet und konsentiert, die zu einer Optimierung der Bereiche Ursachenforschung, Diagnostik und Therapie führen soll.

III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auf,

1. im Sinne des Artikel 8 der UN-Behindertenrechtskonvention einen öffentlichen Diskurs zu fördern, in dem offen über psychische Erkrankungen gesprochen wird und Betroffene nicht ausgegrenzt werden,

2. die Prävention psychischer Krankheiten und die Förderung der seelischen Widerstandskraft (Resilienz) als ressortübergreifend wahrzunehmen und gemeinsam mit den Ländern präventive Maßnahmen voranzutreiben und darauf hinzuwirken, dass psychischen Erkrankungen vorgebeugt wird und dass sie frühzeitig erkannt und behandelt werden,

3. Aufklärungskampagnen zu unterstützen, die Angehörige und Betroffene über Suizidalität sowie über bestehende Beratungsangebote zur Prävention und Versorgung psychischer Belastungen und Erkrankungen informieren. Es ist dabei darauf hinzuwirken, dass die Angebote barrierefrei und niedrigschwellig zugänglich sind und dass Angebote für spezielle Zielgruppen wie Schülerinnen und Schüler, junge Erwachsene, Kinder psychisch erkrankter Eltern, ältere Menschen, Lesben, Schwule, Bi-, Trans- und Intersexuelle sowie Menschen mit Migrationshintergrund geschaffen werden,

4. weitere Forschungsvorhaben finanziell und strukturell zu fördern, die Bedingungen zur Entstehung und zum Andauern von psychischen Krankheiten und Suizidalität, Barrieren der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote sowie Suizidpräventionsmaßnahmen untersuchen und dabei besonders alters-, sozial- und geschlechtsspezifische Besonderheiten in den Blick nehmen,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

5. in der nationalen Präventionskonferenz auf die Konzipierung und Umsetzung von Modellvorhaben für niedrigschwellige und schnell zugängliche Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20g SGB V hinzuwirken,

6. Präventionsmaßnahmen zu fördern, die niedrigschwellig und schnell zugänglich sind und auch regionale Besonderheiten aufgreifen. Dazu sollte auch das freiwillige Engagement im Bereich Suizidprävention stärker finanziell unterstützt werden und Selbsthilfeangebote für Angehörige und Nahestehende von suizidgefährdeten Menschen gefördert werden,

7. dafür zu sorgen, dass Menschen in Krisen kurzfristigen Zugang zu psychotherapeutischen und gegebenenfalls auch psychiatrischen Behandlungsangeboten erhalten, die dem unterschiedlichen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf von Menschen in suizidalen Krisensituationen entsprechen. Dies schließt die Versorgungsstrukturen hin zu einem wohnortnahen, vernetzten, ambulant orientierten und multiprofessionellen Versorgungsangebote mit ein,

8. derzeit durchgeführte Forschungs- und Modellprojekte, an denen die Bundesregierung mitwirkt, zur Verbesserung der Versorgung von Risikogruppen für Suizidalität nach deren Abschluss zu würdigen und erfolgreiche Projekte weiterzuführen und bei der Umsetzung zu unterstützen,

9. dafür einzutreten, dass die Erkennung und Behandlung von Suizidalität angemessen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheits- und Sozialberufe berücksichtigt werden,

10. in der vorgesehenen Stellungnahme zum Präventionsbericht nach § 20d SGB V die Konzipierung, die Umsetzung und besonders den Ausbau von Präventionsmaßnahmen in den Bereichen der psychischen Risiken und Krankheiten, die zu suizidaler Gefährdung führen können, zu bewerten, sowohl in den betrieblichen als auch nicht-betrieblichen Lebenswelten,

11. darauf hinzuwirken, dass für Jugendliche sowie junge Erwachsene im Zeitraum des Übergangs von der Schule, Ausbildung bzw. Studium zum Erwerbsleben spezielle Hilfsangebote, wie die Schulsozialarbeit, bestehen, die auf die Zielgruppe zugeschnitten sind,

12. in den Diskussionen rund um den demografischen Wandel verstärkt die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen, die sich in Phasen des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand befinden, anzustreben,

13. die Situation älterer Menschen stärker zu berücksichtigten. Dies gilt insbesondere für die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Altenpflege. Auch auf eine verbesserte Versorgung älterer Menschen, bei denen Depressionen überdurchschnittlich oft nicht erkannt und daher auch nur unzureichend behandelt werden, soll hingewirkt werden,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

14. ihren Einfluss geltend zu machen, dass die Länder psychosoziale Unterstützung, Hilfevermittlung wie auch Gewährung von Hilfen unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten einheitlich anwenden. Dazu gehören auch kultursensible und fremdsprachliche Beratungs- und Behandlungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund und traumatisierte Flüchtlinge. Dabei soll insbesondere auf niedrigschwellige Krisendienste (persönliches Erscheinen, Telefonkontakte, E-Mail, Hausbesuche und Krisenbett) und lokale Hilfsangebote eingegangen werden,

15. auf internationaler Ebene darauf hinzuwirken, dass besonders diejenigen Länder den Aufbau nationaler Strukturen niedrigschwelliger Beratungsangebote (z.B. Telefonseelsorge) etablieren, in denen ein derartiges Angebot trotz weltweit technischer Möglichkeiten noch nicht existiert,

16. Verbesserung der Versorgung durch Förderung der Erforschung nebenwirkungsarmer Antidepressiva und Weiter- und Neuentwicklung psychotherapeutischer Therapieformen für Depressionen und andere psychische Erkrankungen,

17. darauf hinzuwirken, dass bei Bauprojekten zukünftig auf suizidpräventive bauliche Regelungen geachtet wird. Dies gilt insbesondere für psychotherapeutische und psychiatrische Einrichtungen, sowie Orte, an denen bekanntermaßen viele Suizide begangen werden,

18. die Zusammenarbeit mit sämtlichen Kooperationspartnern, wie der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, den Wohlfahrtsverbänden, der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, der Telefonseelsorge, dem Patiententelefon, dem Weißen Ring, der Anuas e.V. und den Vertretern des Nationalen Suizidpräventionsprogramms nachhaltig zu stärken, um die niedrigschwellige Hilfe für Menschen mit psychischen Krisen weiter zu verbessern.

Berlin, den 20. Juni 2017

Volker Kauder, Gerda Hasselfeldt und Fraktion
Thomas Oppermann und Fraktion
Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.